

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud
Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN ENTRA EN EFECTO EL 14 DE ABRIL DE 2003

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUDIESE
USAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A
ESTA INFORMACIÓN.
FAVOR DE ANALIZARLA CUIDADOSAMENTE.

Nosotros, la Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones (APRA por sus siglas en inglés), nos dedicamos a proteger su información médica. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la información sobre su salud y proveerle esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de Privacidad que explican cómo, cuándo, y por qué pudiésemos usar o divulgar su "Información Protegida de Salud" ("PHI" por sus siglas en inglés). La ley también nos exige a seguir y cumplir con los términos de esta Notificación.

USO DE SU "PHI"

Aunque la Reglas de Privacidad de HIPAA permiten el uso y divulgación de la "PHI" de un individuo sin su consentimiento, la política de la Administración para la prevención y recuperación de adicciones es también cumplir con la Parte 2 de 42 CFR. Pudiésemos usar y divulgar información sobre su salud y otra información confidencial con su consentimiento bajo las leyes federales y del Distrito de Columbia para los propósitos siguientes:

- **Para pagos:** Pudiésemos usar y divulgar su "PHI" para poder facturar y coleccionar pagos por los servicios de cuidado de su salud. Por ejemplo, cuando recibe servicios de proveedores que no forman parte del Departamento de Salud, pudiésemos tener la obligación de pagar por estos servicios.
- **Para operaciones de cuidado de la salud:** Pudiésemos usar y divulgar su "PHI" durante nuestras operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, pudiésemos usar su "PHI" evaluando la calidad de nuestros servicios; cuando analizamos la acreditación, certificación, y licencias; y cuando realizamos análisis médicos, auditorías y servicios legales.

Nosotros usamos y divulgamos la "Información Protegida de Salud" ("PHI") por varias razones. Necesitamos usar información sobre su salud para tratar sus condiciones relacionadas con su salud y administrar programas especiales de la salud. Podemos hacerlo sin su consentimiento escrito o verbal.

Pudiésemos usar y divulgar la información de su salud y otra información privada sin su consentimiento bajo las leyes federales y del Distrito de Columbia para los propósitos siguientes:

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud
Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones

- **Para tratamientos:** Pudiésemos usar y divulgar su “PHI” a consultores de la salud pública, consejeros (terapeutas) de tratamientos, funcionarios médicos, incluyendo aprendices, involucrados en su cuidado, para proveer servicios de tratamientos para sus necesidades de cuidado de la salud. Por ejemplo, nuestro personal utilizará su “PHI” para poder coordinar el cuidado y servicios que usted necesita, tal como tratamiento por el uso excesivo de drogas y /o alcohol, recetas y servicios médicos. Es posible que tengamos que divulgar su “PHI” a profesionales o proveedores del cuidado de la salud que no forman parte del Departamento de Salud para que puedan tratarlo. Sin embargo, ellos también deben proteger la privacidad de su “PHI”.
- **Mercadotecnia:** No utilizaremos su “PHI” para venderle servicios o provisiones no relacionados con su cobertura de cuidado de la salud o su condición médica. No le proporcionaremos su “PHI” a ninguna otra persona para que se ponga en contacto con usted para venderle algún producto.
- **Recordatorios de las citas:** Pudiésemos usar y divulgar su “PHI” para ponernos en contacto con usted sobre sus citas para tratamientos u otros servicios relacionados con el cuidado de su salud.
- **Investigaciones:** El Departamento de Salud participa en investigaciones importantes relacionadas con la salud con varias agencias del Distrito de Columbia y federales. A veces, es posible que los investigadores deseen usar su “PHI”. Generalmente, previo a que permitamos el uso o divulgación de su “PHI” sin su consentimiento por escrito, nuestra comisión de revisiones (una comisión la cual es responsable bajo la ley federal de analizar y aprobar las investigaciones que involucran seres humanos) analiza la propuesta de investigación para asegurar que la privacidad de su “PHI” está protegida.
- **Divulgaciones a familiares, amigos, u otros:** Nosotros podemos divulgar su “PHI” cuando usted nos lo pide. Podemos proveerle su “PHI” a un miembro de su familia, amigo, u otra persona que usted indique está involucrado en su cuidado médico o en el pago de su cuidado médico. Por ejemplo, pudiésemos compartir su “PHI” con estas personas para notificarles sobre su domicilio, condición general de su salud, o su muerte.
- **Padres como representantes personales de sus hijos menores:** En la mayoría de los casos, pudiésemos divulgar la “PHI” de un hijo (una hija) menor de edad. Sin embargo, las leyes del Distrito de Columbia pudiesen requerir que rechacemos el acceso de una madre o un padre a la “PHI” de un hijo (una hija) menor de edad.
- **Compensación por accidentes en el trabajo:** Es posible que tengamos que divulgar su “PHI” como parte de su reclamo de compensación por accidentes de trabajo,
- **Donación de órganos:** Pudiésemos usar o divulgar su “PHI” a organizaciones relacionadas con donaciones de órganos.
- **Médico forense:** Pudiésemos divulgar su “PHI” para poder realizar una identificación o determinar la causa de la muerte de una persona.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud
Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones

- **Directores de funerales:** Pudiésemos divulgar su “PHI” para permitir que desempeñen sus obligaciones.
- **Actividades de salud pública:** Pudiésemos divulgar su “PHI” cuando requerimos recopilar información sobre una enfermedad o lesión o incapacidad física. Es posible también que tengamos que divulgar su “PHI” a una persona quien pudiese haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa, o que esté bajo riesgo de contraer o propagar la enfermedad.
- **A la Administración de Alimentos y Drogas (FDA por sus siglas en inglés):** Pudiésemos divulgar su “PHI” cuando está recibiendo servicios o provisiones médicos los cuales la “FDA” está rastreando. Por ejemplo, es posible que tengamos que reportar drogas o medicinas que han sido retiradas del mercado o tengamos que rastrear alguna medicina después que haya sido aprobada.
- **Amenaza seria a la salud o seguridad:** Pudiésemos usar o divulgar su “PHI” si pensamos que existe una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de cualquier otra persona o el público en general, para notificar a esas personas que creemos pudiesen ayudar a prevenir o reducir dicha amenaza de daño.
- **Cuando la ley lo exige:** Pudiésemos usar o divulgar su “PHI” para reportar información a las autoridades del gobierno autorizadas a recibir reportes de abuso, abandono o negligencia hacia los niños. Pudiésemos usar o divulgar su “PHI” si creemos que usted ha sido una víctima de abuso, negligencia o abandono, o violencia. También pudiésemos usar o divulgar su “PHI” con relación a alguna actividad criminal, o cumpliendo con una orden judicial. También debemos divulgar su “PHI” a las autoridades que observan el cumplimiento con estos requisitos de privacidad.
- **A las autoridades militares y para la seguridad nacional:** Pudiésemos divulgar la “PHI” del personal y veteranos del servicio militar en ciertas situaciones, a las instituciones correccionales en algunos casos, a los programas de beneficios del gobierno relacionados con elegibilidad e inscripción, y por razones de seguridad nacional, tal como para proteger al Presidente.

Los usos y divulgaciones de la “PHI” de los Registros relacionados con el Uso de Drogas y /o Alcohol que no requieren Consentimiento o Autorización: La ley provee que pudiésemos divulgar su “PHI” de los registros sobre el uso de alcohol y drogas sin su consentimiento o autorización en las circunstancias siguientes:

- **Requerido por la ley:** Pudiésemos divulgar su “PHI” cuando alguna ley requiere que reportemos información sobre abuso o negligencia / abandono de niños o cuando se ha cometido un crimen en las localidades del programa o contra el personal del programa o cumpliendo con una orden judicial.
- **Reportando una muerte:** Pudiésemos divulgar la “PHI” con relación a la muerte de un individuo si el Distrito de Columbia o la ley federal requiere la información para recopilar las estadísticas demográficas o preguntas sobre la causa de muerte.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud
Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones

- **Para propósitos de investigaciones, auditorias o evaluaciones:** Pudiésemos divulgar su “PHI” para propósitos de investigaciones, auditorias o evaluaciones.
- **Para impedir amenazas contra la salud o la seguridad:** Pudiésemos divulgar su “PHI” a las autoridades para fines de evitar una amenaza seria contra la salud o la seguridad cuando se realiza una amenaza de cometer un crimen en las localidades del programa o contra el personal del programa.

Todos los otros usos y divulgaciones se realizarán solamente con su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU “PHI”

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información protegida de su salud. Usted nos puede escribir con relación a los siguientes derechos:

- **El derecho a limitar el uso y divulgación de su “PHI”:** Usted tiene el derecho a solicitar por escrito que limitemos cómo utilizamos o divulgamos su “PHI”. Su solicitud tiene que ser por escrito. También, nos puede escribir para darle fin a estas limitaciones en cualquier momento. Sin embargo, nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud y le informaremos por qué no podemos. No podemos aceptar la limitación de los usos o divulgaciones exigidos por la ley.
- **El derecho a tener acceso y recibir copias de su “PHI”:** Si desea tener acceso a su “PHI”, debe escribirnos una carta. Le dejaremos saber dentro de 30 días de recibir su solicitud cuándo y dónde lo puede adquirir. Si no tenemos su “PHI” disponible inmediatamente, le informaremos dentro de 60 días, cuándo y dónde lo puede acceder. Es posible que en algunos casos rechacemos su solicitud. Si es así, le informaremos por escrito por qué su solicitud fue rechazada y le explicaremos cómo puede solicitar que se analice el rechazo. Favor escribanos si desea obtener copias de su “PHI”. Es posible que le cobremos por las copias de un resumen o explicación de su “PHI”.
- **El derecho a corregir o actualizar su “PHI”:** Si usted cree que existe un error en su “PHI” o que falta alguna información importante, pudiese solicitar que hagamos la corrección. Cuando nos escriba y nos explique por qué deberíamos hacer la corrección, le responderemos dentro de 60 días de recibir su solicitud por escrito. Es posible que aprobemos su solicitud, y en este caso le haremos los cambios o modificaciones a su “PHI”. Se adjuntará su explicación cada vez que se use o divulgue su información. También, es posible que rechacemos su solicitud. En cualquier caso, le informaremos por escrito. Nuestro rechazo explicará las razones y explicará su derecho a presentar una declaración sobre su desacuerdo por escrito.
- **El derecho a un informe sobre las divulgaciones de su “PHI”:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos realizado. La lista estipulará la fecha de la divulgación, la persona u organización que la recibió, el propósito de la divulgación y el tipo de “PHI” que fue proporcionado. La lista no incluirá divulgaciones realizadas para fines de tratamientos, pagos o cirugías; divulgaciones realizadas a usted, su familia, o con su autorización por escrito; divulgaciones realizadas para fines

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud
Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones

de seguridad nacional, a funcionarios responsables de hacer cumplir o respetar la ley o instituciones correccionales; o divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003. Le responderemos a su solicitud dentro de 60 días de recibir su solicitud por escrito. Su solicitud puede incluir divulgaciones realizadas hace seis años, a no ser que solicite un período de tiempo más corto o si han pasado menos de seis años desde el 14 de abril de 2003. **Por ejemplo, si usted solicita un informe el 24 de abril de 2003, la lista solo cubriría 10 días.** Es posible que reciba un informe gratis cada 12 meses. Es posible que le cobremos un honorario por cualquier solicitud adicional que haga dentro de un período de 12 meses.

- **Su derecho a comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho a solicitar que le proporcionemos información de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted nos pudiese pedir que enviemos información médica a la dirección de su empleo en lugar de a su casa. Usted debe hacer esta solicitud por escrito. No tiene que darnos ninguna razón por su solicitud.
- **Su derecho a recibir esta notificación:** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación o una copia electrónica por medio de correo electrónico bajo solicitud. **Usted puede observar una copia de esta notificación en nuestro sitio del web:** www.dchealth.dc.gov/hipaa.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

En cualquier momento, pudiésemos cambiar esta notificación y nuestras prácticas de privacidad, siempre y cuando el cambio fuese compatible con la ley del Distrito de Columbia o la ley federal. Nosotros anunciaremos una nueva notificación inmediatamente, en www.dchealth.dc.gov/hipaa si realizamos cambios importantes o sustanciales a nuestras políticas.

**INQUIETUDES O QUEJAS
SOBRE EL USO O DIVULGACIÓN DE SU “PHI”**

Usted puede ponerse en contacto con el Funcionario encargado de los Asuntos sobre la Privacidad para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad en las siguientes localidades:

Privacy Officer
District of Columbia
Department of Health
825 North Capitol Street, NE
Suite 2100
Washington, DC 20002
Teléfono (Voz) (202) 442-5865
Facsímil: (202) 442-4838
Correo electrónico: dohprivacy@dc.gov

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud
Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones

Privacy Official

DC Office of Health Care Privacy and Confidentiality Management
Office of the Deputy Mayor for Children Youth, Families and Elders
1350 Pennsylvania Avenue, NW
Suite 307

Washington, DC 20004

Teléfono (Voz): (202) 727-8001

Facsímil: (202) 727-0246

Correo electrónico: dcprivacy@dc.gov

Se puede poner en contacto también con el “Privacy Officer” [Funcionario encargado de los Asuntos sobre la Privacidad] para obtener copias adicionales de esta notificación.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud
Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones

Administración para la prevención y recuperación de adicciones

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre la información de su salud han sido violados, puede presentar una queja. Escriba al Funcionario relacionado con asuntos de privacidad del Departamento de Salud a la dirección indicada anteriormente. Nosotros no podemos rechazar prestarle servicios o tratarlo mal debido a que presentó una queja contra nosotros. También puede quejarse al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (DHHS por sus siglas en inglés) dirigido a la dirección siguiente:

Office for Civil Rights – Region III
U.S. Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West, Suite 372
Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19105-9111
Línea de teléfono principal: (215) 861-4441
Línea directa: (800) 368-1019
Facsímil: (215) 861-4431
“TDD”: (215) 861-4440
“TTY”: (886) 778-4989
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud
Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones

ACUSE DE RECIBO

Acuso recibo de una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Administración para la Prevención y Recuperación de Adicciones.

Firma_____

Fecha_____

Favor imprima su nombre_____

Parentesco con el paciente_____

___ Rehusó firmar este formulario de acuse de recibo

Nota: Para el personal de APRA. Si el cliente rehúsa firmar, escriba

Sus iniciales aquí_____ Fecha_____